

An alle im Bereich der KV Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 SGB V

**Der Vorstand
Ansprechpartner:**

Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 - 900
service-center@kvberlin.de

21. Dezember 2015

Neuer Vertrag: Rabattarzneimittel der Techniker Krankenkasse (TK) ab dem 01.01.2016 nicht mehr richtgrößenrelevant

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ab dem 01.01.2016 haben Sie die Möglichkeit, den Generika-Rabattverträgen der TK beizutreten. Die Kosten dieser Verordnungen sind dann nicht mehr Gegenstand der Richtgrößenprüfung.

Der Vertrag hat insgesamt folgende weitere Inhalte und Ziele:

- Die TK informiert Sie über bestehende Generika-Rabattverträge in Form einer Übersicht
- Sie erhalten neutrale Informationen insbesondere zu neuen Arzneimitteln mit patientenrelevantem Zusatznutzen
- Sie erhalten quartalsweise einen Arzneimittelreport über Ihre Verordnungsweise
- Ihnen geht der jährlich erscheinende Innovationsreport der TK zu
- Die mehrfach im Jahr erscheinenden Nutzenbewertungsnews (AMNOG-News) schickt Ihnen die TK ebenfalls zu
- Die TK informiert und berät Sie, sofern Anhaltspunkte für eine unzumutbare und/oder unwirtschaftliche Verordnungsweise bestehen
- Die TK übermittelt der Prüfungsstelle die Arzneimittelkennzeichen für die von Ihnen verordneten TK-Rabattarzneimittel, sodass diese nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung werden und somit Ihre Richtgröße nicht belasten

Ihre Teilnahme:

Sie können an diesem Vertrag Ihre Teilnahme erklären, wenn Sie:

- Arzt, der nach § 95 SGB V in das Arztregister eingetragen ist und zugelassen sind.

Sie erklären Ihre Teilnahme gegenüber der TK mit der schriftlichen Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.

Sofern Sie bei mehreren Arbeitgebern tätig sind, führen Sie jede BSNR in der Teilnahmeerklärung gesondert auf. Bei einem Wechsel ist/sind der TK die neue(n)/weitere(n) BSNR mitzuteilen.

ab sofort

**Beitritt zum
TK-Rabattvertrag**

**verordnete Rabatt-
arzneimittel nicht
richtgrößenrelevant**

**Arzneimittelreport
Innovationsreport
AMNOG-News**

**Ihr Beitrittsformular
senden Sie per FAX
an:**

**Techniker Kranken-
kasse
040 - 288 08 56 97**

So verordnen Sie vertragsgemäß (Achtung: diese Passage wurde am 7.1.2016 inhaltlich aktualisiert):

Bei entsprechender Indikation bestehen folgende Optionen für eine vertragskonforme Verordnung:

1. Wirkstoffverordnung oder
2. Verordnung eines Handelspräparates ohne aut-idem-Kreuz oder
3. Verordnung eines TK-Rabattarzneimittels mit aut-idem-Kreuz (z.B. aufgrund von Teilbarkeiten).

Das bedeutet: Nicht richtgrößenrelevant sind die Arzneimittelverordnungen, die im Ergebnis dazu führen, dass TK-Rabattarzneimittel durch eine Apotheke abgegeben werden. Patentgeschützte Arzneimittel sind jedoch nicht Bestandteil des Vertrags.

Den vollständigen Vertrag sowie zukünftige Änderungen/Ergänzungen finden Sie auf unserer Homepage (www.kvberlin.de » Für die Praxis » Verträge und Recht » Verträge »).

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gern telefonisch zur Verfügung.

☎ 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

Anlage 1 - Teilnahmeerklärung

per Fax an:

Techniker Krankenkasse

040 - 288 08 56 97



Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung und zur Förderung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen der KV Berlin und der TK

Stammdaten Arzt

LANR		BSNR	
Die Antragstellung erfolgt:		für mich <input type="checkbox"/>	für den angestellten Arzt/Job-Sharer (nicht zutreffendes bitte streichen) <input type="checkbox"/> <small>(Name des Arztes)</small>
<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	
	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ÜBAG	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	
	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ÜBAG	<input type="checkbox"/> Sonstige
Titel	Name	Vorname	
Angaben zum Tätigkeitsort		Telefon	Telefax
Ich bin an folgenden Standorten tätig (Anschrift):		Nebenbetriebsstättennummer	
1.		Telefon	Telefax
2.		Nebenbetriebsstättennummer	

Teilnahme

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der "Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Arz-

neimittelversorgung und zur Förderung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V" zwischen der KV Berlin und der TK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir transparent dargelegt worden. Verordnungen nach § 106 Abs. 2 S. 8 SGB V von Arzneimitteln, für die ich einem Vertrag der TK nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten bin, sind nicht Gegenstand arztbezogener Prüfungen nach § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V (Auffälligkeitsprüfung).

1. Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an der "Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung und zur Förderung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V" teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit gemäß §§ 1 und 6 der Vereinbarung.

2. Ich versichere, dass ich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt bin.

3. Um Informationen von der TK zu erhalten, bin ich mit der Speicherung meiner obigen Angaben einverstanden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die TK die Daten, die von mir für TK-Versicherte verordneten Arzneimittel auswertet und die TK diese in einer im Hinblick auf den Patienten anonymisierten Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und Aspekte der Qualität und Arzneimitteltherapiesicherheit im Sinne dieser Vereinbarung zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass die TK mit Beratungsangeboten zu Qualität und Wirtschaftlichkeit meiner Arzneimittelverordnungen auf mich zugeht.

4. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die TK verpflichtet ist, meine Teilnahme an der Vereinbarung zu kündigen, wenn ich

- › meine genannten Verpflichtungen oder Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung durch die TK nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitige;
- › gegen eine andere mir nach Maßgabe dieser Vereinbarung im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz schriftlicher Abmahnung unter angemessener Fristsetzung durch die TK nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen eine sonstige wesentliche Verpflichtung (z.B. grobe Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung) verstoße.

5. Mir ist bekannt, dass

- › ich meine Teilnahmeerklärung gegenüber der TK mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt;
- › meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet;
- › die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen dieser Vereinbarung vornehmen können (nachträgliche Änderungen der Vereinbarung werden ohne weitere Anerkennung verbindlich). In diesem Fall kann ich kündigen (Sonderkündigung), wenn ich durch die Änderung oder Ergänzung betroffen bin. Die Kündigung hat schriftlich innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntmachung der Vertragsänderung gegenüber der TK zu erfolgen; die Vertragspartner informieren über Änderungen bzw. Ergänzungen der Vereinbarung. Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen bzw. Ergänzungen der Vereinbarung und seiner Anlagen als genehmigt.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend

sind. Mir ist bewusst, dass diese Beitrittserklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahmebefugnis im Rahmen der Vereinbarung sind.

Unterschrift Vertragsarzt

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel

Unterschrift Bevollmächtigter des Krankenhasträgers/gesetzlicher Vertreter des MVZ

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter

Vorname Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer BAG muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachlich tätigen Vertragsarztes in einem MVZ muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Bei Teilnahme eines Krankenhauses muss die Teilnahmeerklärung vom ermächtigten Krankenhausarzt und einem Bevollmächtigten des Krankenhasträgers unterzeichnet werden.